Über verschleppte Querlagen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 11. October 1895

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Richard Cohen

aus Osterholz (Provinz Hannover).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Witebsky.

- Dr. med. S. Schönewald.

- Dr. med. B. Friedenheim, pract. Arzt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0179

Meinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Der Verfasser.

Es giebt in dem grossen Gebiete der Medizin keinen einzigen Fall, bei welchem es so sehr auf die momentane, richtige Stellung der Diagnose und das sofortige Eingreifen von Seiten des Arztes ankommt, wie in der Geburtshilfe bei dem Vorhandensein einer Querlage: nur durch die rechtzeitige Erkennung der obwaltenden Verhältnisse und durch die mit ihr eng verbundene, sofort einzuschlagende Therapie können wir das Leben zweier Menschen, das der Mutter und dasjenige des Kindes, retten. Denn es giebt nur wenige Fälle, wo die Natur die Geburt durch eigene Kraft zu Ende führt, und diese erfordern das Vorhandensein einer Anzahl von Factoren, welche wir nur selten vereinigt finden und auf deren eventuelles Eintreten man sich in keinem Falle verlassen darf.

Man unterscheidet, je nachdem der Kopf sich in der linken oder rechten Seite des Uterus befindet, eine erste oder zweite Querlage und unterscheidet

ferner, ob der Rücken des Kindes nach der Bauchwand oder Rückenfläche der Mutter gerichtet ist und hat für das erstere die Bezeichnung dorso-anteriore, für das letztere dorso-posteriore Querlage.

Wir wollen gleich hier bemerken, dass von einer verschleppten Querlage dann die Rede ist, wenn die vorliegende Schulter tief im Becken steht; zur Voraussetzung hat sie fast stets, dass die Blase — meist seit längerer Zeit — gesprungen ist (dabei braucht der Muttermund nicht immer vollständig erweitert zu sein) und als Folge findet sich fast stets eine Ausziehung des unteren Uterin-Segments, verbunden mit Empfindlichkeit dieses Teiles. Wir kommen auf die näheren Einzelheiten später zurück, wollen hier nur noch hinzufügen, dass der Begriff der „verschleppten Querlage“ ein sehr dehnbarer ist und wir als Criterium verlangen, dass die Schulter tief und fest im Becken steht.

Welchen Ausgang nimmt nun eine Querlage? Es sei zunächst darauf hingewiesen, dass durch die Aufhebung bestimmter, die Herbeiführung der Querlage begünstigender Momente dieselbe im Beginn der Geburt unter dem Auftreten von Wehen beseitigt werden kann: Die Frucht stellt sich häufig gerade (durch

zweckmässige Lagerung der Kreissenden und Aufbinden des Hängebauches). Man bezeichnet die Erscheinung als Selbstwendung. Daneben giebt es noch eine als Selbstentwickelung bezeichnete Erscheinung, wobei die Natur die Geburt durch eigene Kraft zu Ende führt und zwar zu einer Zeit, wo die Blase bereits gesprungen und die Schulter in den Beckeneingang hineingetrieben ist. Der gewöhnliche Mechanismus derselben ist folgender: „Durch die kräftigen Wehen wird die Schulter immer tiefer in das Becken hineingepresst und dreht sich als vorausgehender Teil nach vorn. Sie tritt, während der Kopf im grossen Becken liegt, unter die Symphyse; die Längsachse des Kindes ist dabei in der Weise gekrümmt, dass Kopf und Steiss dicht aneinander liegen; durch kräftige Wehen wird nun der ganze Rumpf des Kindes an der Schulter vorbeigetrieben, so dass erst die gleichnamige Seite der Brust, demnächst das Becken, dann die Beine geboren werden, und der Kopf zuletzt kommt.“ (Schroeder, Lehrbuch der Geburtshilfe.)

Ist das Kind bereits seit längerer Zeit abgestorben und sehr compressibel, so geht die Entwickelung auf andere Weise vor sich. „Die Schulter geht ebenfalls vorauf, während neben der Brust der Kopf in das

kleine Becken hineingetrieben wird, so dass erst die Schulter, dann der in den Thorax tief hineingedrückte Kopf kommt und dann der Steiss folgt.“ Man sagt, das Kind ist conduplicato corpore geboren.

Es ist darauf hinzuweisen, dass stets gewisse Bedingungen — weites Becken, kleines, beinahe immer totes oder sterbendes, compressibles Kind — zur Herbeiführung des geschilderten Vorganges vorhanden sein müssen.

Abgesehen von dieser, immerhin selten auftretenden Selbst-Beendigung der Querlage kommen nun verschiedene Verfahren in Anwendung, welche wir zu beschreiben und kritisch zu betrachten haben. Als einfachste Art wendet man zur Einstellung des abgewichenen Kopfes die Lagerung der Kreissenden an, ferner äussere und combinierte Handgriffe. Bei den ersteren liegt die Kreissende auf dem Rücken: der Operateur, welcher auf dem Bettrande sitzt, drängt mit der einen Hand während der Wehenpause den Steiss in die Höhe und sucht den Kopf in den Beckeneingang zu pressen. Gelingt dies nicht, so versucht man nach Braxton Hicks durch combinierte Handgriffe den Kopf einzustellen. „Man drängt die Schulter von innen fort und den Kopf von aussen

der inneren Hand entgegen, sodass die Fingerspitzen dieser ihn empfangen und der Kopf zwischen beiden Händen spielt. Steigt der Steiss jetzt nicht vollkommen in die Höhe, so zieht man die in der Scheide befindliche Hand zurück und drängt damit, während die erste Hand unausgesetzt gegen den Kopf drückt, den Steiss in die Höhe."

Im allgemeinen darf man sich — so einfach und schonend das Verfahren ja auch für Mutter und Kind sein mag — doch nicht zu viel von demselben versprechen. Denn erstens ist es nicht anzuwenden bei engem Becken und Vorliegen der Nabelschnur, zweitens aber gelingt es häufig trotz oft wiederholter Versuche nicht, die Frucht richtig zu stellen, und drittens ist die Prognose für das Kind, falls die Blase bei den Manipulationen gesprengt oder gesprungen ist, eine weit schlechtere als vorher.

Als weitere Methode zur Herstellung der Gradlage kommt die Wendung in Betracht: man bezeichnet sie als eine innere, falls man mit der ganzen Hand in den Uterus eingeht, und als combinierte, falls die Weite des Muttermundes nur 2 Fingern den Durchtritt ermöglicht. Combiniert ist die Wendung natürlich stets, denn man hat jedes Mal durch die Hand

aussen den Uterus zu überwachen und die Herstellung der Gradlage durch Drücken gegen den Steiss oder den Kopf zu erleichtern.

Es schliesst sich an dies therapeutische Vorgehen nun sogleich die weitere Frage: zu welcher Zeit sollen wir wenden und wann extrahieren? Die Frage ist von Winter in der „Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie“ eingehend erörtert worden, und er fasst das Resultat seiner Untersuchungen im Anfang seiner Arbeit folgendermaassen zusammen: „Ich kann die bis jetzt ziemlich allgemein übliche Therapie der einfachen Querlagen, möglichst früh zu wenden, nicht billigen, da ich die Furcht vor den üblen Folgen des Zuwartens nicht teilen kann, sondern ich glaube, dass man besser thut, wenn man das Verstreichen des Muttermundes abwartet und dann Wendung und Extraction in einem Tempo macht.“

Nicht lange Zeit darauf erschien in derselben Zeitschrift eine Entgegnung von anderer Seite, von Dohrn, der die erste von Winter aufgestellte Behauptung, „dass man nicht eher zur Wendung schreiten solle, bis die Weite des Muttermundes auch die Extraction gestatte“, im grossen und ganzen billigt, seine zweite Forderung, „nach beendigter Wendung sofort zu ex-

trahieren", ablehnt und die Ausstossung der Frucht der Natur überlässt, vorausgesetzt, dass keine stricte Indication zum Einschreiten vorliegt.

Wir wollen auf die kritische Betrachtung dieser so interessanten Frage hier nicht näher eingehen, wir bemerken nur, dass wir principiell auf dem Standpunkte stehen, bei stehender Blase auf die völlige Erweiterung des Muttermundes zu warten, bei gesprungener Blase aber möglichst bald, unter Zuhilfenahme combinierter Verfahren, zu wenden. In Bezug auf die Frage der Extraction schliessen wir uns Dohrn an und extrahieren nur dann, wenn eine bestimmte Indication dazu vorliegt, es sei denn, dass der Muttermund schon völlig erweitert ist."

Indem wir nun auf die möglichen Folgen hinweisen, welche nach dem Abfliessen des Fruchtwassers eintreten können: die Erschwerung der Wendung durch die passive Zusammenziehung des Uterus, ferner den Tetanus uteri, wollen wir auf zwei andere Factoren näher eingehen, nämlich das intrauterine Absterben des Kindes und die vernachlässigte Querlage.

1. Nach dem Blasensprunge fliesst bei Querlage fast alles Fruchtwasser ab, weil eben der vorliegende

Teil das untere Uterinsegment nicht ausfüllt; der Uterus zieht sich naturgemäss zusammen und gefährdet unzweifelhaft die fötale Circulation. Dohrn bestätigt dies, indem er schreibt: „Wir brauchen hier nicht einen Tetanus uteri anzunehmen, schon allein die Verkleinerung der Uterinwand, die passive Zusammenziehung, wie man es genannt hat, reicht hin, um das Kind in solchen Fällen zu gefährden, denn ohne Verkürzung der respiratorischen Oberfläche der Placenta und ohne eine einengende Compression der Nabelschnurgefässe an einer oder der anderen Stelle ist eine derartige Verkleinerung des Uterus nicht denkbar. Man wird dem auch nicht entgegenstellen können, dass es Fälle gegeben hat, in welchen quergelagerte Früchte noch Tage lang nach dem Wasserabfluss ihr Leben gefristet haben, denn es lässt sich wohl denken, dass ausnahmsweise auch bei quergelagerter Frucht das untere Uterinsegment durch die vorquellenden Weichteile des Kindes derart verlegt wird, dass weiter oberhalb noch die für die Circulation nötige Wassermenge zurückbleibt. Für den Fortgang der fötalen Circulation ist nach unseren physiologischen Anschauungen das Vorhandensein von Fruchtwasser unbedingt nötig und es ist in keiner Weise vorstellbar, wie eine Frucht,

die ohne einen Tropfen Fruchtwasser im Uterus läge, ihre Placentarcirculation in ungestörter Weise sollte erhalten können.“ Winter bestreitet dies entschieden, wenn er sagt: „Das Kind liegt auch ohne Fruchtwasser, so lange nur keine Wehen oder andere schädliche Einflüsse einwirken, vollständig wohlbehalten im Uterus“; aber wie kann man sich eine Erweiterung des Muttermundes ohne Wehen überhaupt vorstellen? Winter führt an, dass von 203 Fällen bei 17 Kindern, bei welchen nach Abfluss des Wassers dieselben im Uterus verblieben, die Früchte „nicht die geringsten Störungen im Allgemeinbefinden zeigten“; ihm gegenüber bemerkt Dohrn, dass von 203 Fällen seiner Beobachtungen 23 Kinder wegen frühzeitigen Wasserabflusses starben.

2. Bei der verschleppten Querlage haben wir 2 Momente zu unterscheiden:

1. die Dehnung des unteren Uterinsegments und die durch dieselbe eintretende Uterusruptur;
2. die Einkeilung des vorangehenden Kindesteiles und die durch dieselbe bedingte Unmöglichkeit, die Wendung auszuführen.

Die Untersuchungen von Bandl und Hofmeier

haben gelehrt, dass Dehnungen bis zur erschwerten oder unmöglichen Wendung oder bis zur spontanen Uterusruptur in der Eröffnungsperiode nur dann auftreten, wenn die betreffenden Kreissenden schon mehrere Geburten bei engem Becken durchgemacht haben, oder wenn durch häufige, sehr schnell aufeinander folgende Geburten die Cohäsionskraft des Cervix und unteren Uterinsegments mit der Umgebung sehr nachgelassen hat. Wir fügen die Thatsache hinzu, dass die verschleppten Querlagen immerhin recht selten sind, denn wir haben unter vielen Hunderten von Geburten aus der Poliklinik nur 12 gefunden; wir müssen aber darauf hinweisen, dass das letztere von uns erwähnte Moment in der Poliklinik und der ihr für die verschleppten Fälle fast gleichstehenden Landpraxis nicht so sehr selten ist, und wenn wir die selbst von Winter zugegebene Thatsache berücksichtigen, dass es sehr auf das Abfassen des richtigen Momentes zur Wendung ankommt und dass nach dem Verstreichen des Muttermundes sehr schnell durch starke Wehen gefährliche Dehnungen und tiefe Eintreibungen des vorangehenden Kindesteiles sich ausbilden — so genügt uns diese Thatsache schon, möglichst früh zu wenden.

Wir kommen jetzt zur Betrachtung der bei der Verschleppung der Querlagen üblichen Operationsmethoden und wollen vornehmlich die Frage berücksichtigen, bis zu welchem Grade dieselben verwendbar sind.

1. Es ist schon oben darauf hingewiesen, dass die Natur durch eigene Kraft, durch die Selbstentwickelung, mitunter die Geburt zu Ende führt, und diesen oben näher geschilderten Vorgang ahmen wir mitunter therapeutisch nach. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass stets nur in vorsichtiger Weise ein Versuch damit gemacht werden darf und ein misslungener im Interesse der Mutter zu unterlassen ist, da es bei der vorhandenen Dehnung sonst leicht zur Ruptur kommen kann. Das Kind ist doch fast stets verloren; weshalb will man da nicht die viel bequemere, stets zum Ziele führende Decapitation machen?

2. Der Wendungsversuch.

3. Die Embryotomie. Man unterscheidet hier 2 Methoden: die Exenteration der Brust- und Bauchhöhle, um das Kind in der fehlerhaften Lage oder nach Herstellung der Gradlage zu extrahieren, und die Zergliederung der Frucht in 2 Teile, bei zugänglichem

Kopf die Trennung desselben vom Rumpf und die gesonderte Extraction der einzelnen Teile.

Bei dem ersten Verfahren eröffnet man sich vermittelst einer Scheere oder eines scheerenförmigen Perforatoriums, welches man unter der Leitung der Hand durch die Vagina führt, einen Intercostalraum, sucht durch diesen in die Brusthöhle zu gelangen und von dort, nachdem man den Inhalt derselben entfernt hat, durch das Zwerchfell in die Bauchhöhle. Nachdem auch diese entleert ist, kann man auf verschiedene Weise die Geburt zu Ende führen. Entweder man macht die Wendung (was in vielen Fällen schwierig oder gar unmöglich sein wird), oder man ahmt den Vorgang der Selbstentwicklung nach oder endlich man sucht, wie Michaelis es zuerst gethan hat, nach Durchtrennung der Wirbelsäule das Kind conduplicato corpore zu extrahieren.

Vor diesem Verfahren bietet ein anderes, die Decapitation, manchen Vorteil. Man führt die Hand ein, macht sich den Hals zugänglich und trennt ihn mit einer Scheere, welche man unter der Leitung der Finger in die Vagina führt, vom Rumpfe ab. Die Ausstossung des abgetrennten Kopfes überlässt man entweder den Wehen oder man sucht ihn durch Druck

von aussen herauszubefördern — wie die Placenta durch den Credéschen Handgriff —, oder auch man fasst ihn am Kinn und zieht ihn heraus. Gelingt auch dies nicht, so entwickelt man ihn mittelst des Kephalotryptors.

Von Carl Braun ist nun schon vor längerer Zeit ein Instrument angegeben worden, welches durch ihn den Namen „Schlüsselhaken“ erhielt. Die weitere Anwendungsart ist von einem Schüler Brauns, Dr. Herzfeld, folgendermaassen geschildert worden: „Ist der Schlüsselhaken unter der steten Leitung einer bestimmten Hand an den kindlichen Hals gebracht, so wird durch einen mässigen Zug nach abwärts die Wirbelsäule flectiert und durch 2—3 mit dem Holzgriffe ausgeführte, hebelnde Bewegungen luxiert und nun erst durch Umdrehen des Hakens in einer bestimmten Richtung der Kopf vom Rumpfe abgesetzt. Bei I. Querlage ist der Hals mit der rechten Hand, der Haken mit der linken Hand zu fassen, bei II. Querlage umfasst die linke Hand den kindlichen Hals, während der Hakengriff von der rechten Hand des Operateurs gefasst wird.“

In letzter Zeit hat nun Zweifel ein neues, von ihm als Trachelorhekter benanntes Instrument con-

struiert, „einen Doppelhaken, bestehend aus 2 geknöpften Haken, welche derartig in ihrer Längsachse gegen einander beweglich sind, dass durch Drehung der Handhaben das Instrument wie ein Haken arbeitet oder aber die beiden Haken bei einer Drehung um ihre Längsachse mit ihren Knopfenden sich von einander entfernen".

Über die Anwendbarkeit des Instrumentes giebt Zweifel selbst an, dass sein grösster Fehler darin bestehe, dass man ohne stete Controlle durch die Hand innerhalb des Genitalschlauches arbeiten müsse — ein Grund, welcher für sich allein schon hinreichend ist, sich nach wie vor des Braunschen Hakens zu bedienen —; und der schon oben genannte Dr. Herzfeld macht mit Recht darauf aufmerksam, dass die doppelte Einführung der Hand in die Genitalien als recht bedenklich zu betrachten ist.

Der Braunsche Haken hat sich, wie Herzfeld angiebt, als „stets prompt, in der kürzesten Zeit und in gefahrloser Weise wirkend" herausgestellt. Durch die von Dr. Paul Strassmann ausgeführten, von uns näher studierten Decapitationen ist von neuem der Beweis erbracht, dass das Braunsche Instrument als durchaus brauch-

bar sich erwiesen hat und ein neues nicht erforderlich ist. Keine von den so behandelten Frauen hat den geringsten Schaden genommen und das Wochenbett jeder einzelnen ist glatt und ohne jede Störung verlaufen.

Es schliesst sich nun hieran die weitere, wichtige Frage über die Anwendbarkeit der Decapitation überhaupt, und da müssen wir von vornherein betonen, dass wir mit allem Nachdruck für dieselbe mehr eintreten möchten, als dies bisher geschehen ist. Wir wollen zur Begründung dieser Ansicht 12 poliklinische Fälle näher betrachten, deren Behandlung meistens Dr. Strassmann übernommen hatte; s. Tabelle S. 28/29.

Fall I. No. 631; W. S. 92/93.

Frau Klein, 30 Jahre alt, VIII para, bei welcher die vorhergehenden Geburten spontan erfolgten; die jetzige Schwangerschaft verlief ohne Störungen. Eigentliche Wehen will die Gebärende nicht gehabt haben; unter ziehenden Schmerzen ist das Fruchtwasser 4 Tage vor Ankunft des Arztes abgeflossen. Die Inspection ergiebt einen starken Hängebauch; die Untersuchung eine I. dorso-posteriore Querlage. Der Arm

war bis zur Ellenbeuge vor die Vulva geboren; die Herztöne des Kindes waren schwach, selten und nicht zu zählen. Das Befinden der Mutter war ein gutes.

Es wurde die Wendung gemacht und zwar auf beide Füsse, weil sie nach Herabholen des einen nicht gelang und die Extraction sogleich angeschlossen. Das Kind war bei der Geburt bereits tot. Das Wochenbett verlief normal.

Fall II. No. 730; W. S. 92/93.

Frau Schmidt, 29 Jahre alt, III para, frühere Geburten normal, jetzige Schwangerschaft ohne Störung verlaufen. Die sehr kräftigen Wehen hatten 5 Tage vor Ankunft des Arztes begonnen, vor 2 Tagen war der Blasensprung erfolgt. Die Untersuchung ergab: II. dorso-anteriore Querlage, Leib schmerzhaft, Schulter tief in das Becken eingekeilt, Contractionsring handbreit über dem Nabel, Kind bereits maceriert. Es wurde deshalb die Decapitation mit dem Braunschen Haken gemacht; die Extraction des Kindes und die Expression des Kopfes gelangen leicht. Das Befinden der Frau war ein gutes, das Wochenbett verlief normal.

Fall III. No. 617; W. S. 93/94.

Frau Auerbach, 24 Jahre alt, IV para; die 3 früheren Entbindungen verliefen wie die jetzige Schwangerschaft normal. Schwache Wehen bestanden seit 24 Stunden, die Blase war vor 12 Stunden gesprungen. Vom Practikanten wurde die Diagnose Steisslage gestellt und während 12 Stunden aufrecht erhalten. Der wegen Sinkens der kindlichen Herztöne herbeigerufene Arzt stellte in Narkose die Diagnose Querlage; das Becken war normal, das untere Uterinsegment stark gedehnt, die Frau wegen der langen Dauer der Geburt sehr erschöpft, das Kind bereits abgestorben. Es wurde deshalb die Decapitation gemacht: der Rumpf alsdann an dem kurz vorher vorgefallenen Arm extrahiert und der Kopf durch 2 in den Mund eingeführte Finger entwickelt. Das Wochenbett verlief normal; Ausspülungen wurden weder ante noch post partum gemacht.

Fall IV. No. 846; W.S. 93/94.

Frau Hänsel, 32 Jahre alt, VII para; frühere Geburten normal, jetzige Schwangerschaft ohne Störung. Die Wehen waren schwach; die Blase vor 20 Stun-

den gesprungen. Die Untersuchung ergab: II. dorso-anteriore Querlage mit tief ins Becken getretener Schulter und vorgefallenem Arm; das Kind war bereits abgestorben. Deshalb wurde die Decapitation gemacht: der Rumpf alsdann am vorgefallenen Arm extrahiert und der Kopf exprimiert. Die Mutter befand sich wohl; das Wochenbett verlief ohne jede Störung.

Fall V. No. 965; W.S. 93/94.

Frau Plathe, 38 Jahre alt, VIIpara. Von den früheren Kindern lebt nur eins; drei sind in Fusslage totgeboren, bei zwei anderen musste wegen Querlage decapitiert werden. Die Kreissende ist eine gracil gebaute Frau von mangelhaftem Ernährungszustand; als Grund für die Querlage ergiebt sich ein enges Becken. Die weitere Untersuchung ergiebt: Kein Hängebauch; I. dorso-anteriore Querlage mit Vorliegen der Nabelschnur, deren Puls schwach, unregelmässig und oft gar nicht zu fühlen ist. Die Wehen waren regelmässig und kräftig.

Die Geburt hatte bereits vor 48 Stunden begonnen und die Blase war vor ca. 40 Stunden von der Hebamme, welche Steisslage diagnosticiert hatte, gesprengt. Es wurde die Wendung gemacht

und ein totes Kind sofort extrahiert, wobei ein Dammriss 2. Grades entstand. Das anfangs wenig zufriedenstellende Befinden der Mutter hob sich bald und das Wochenbett verlief normal.

Fall VI. No. 789; W.S. 92/93.

Frau Kuhrts, 33 Jahre alt, II para mit normalem Becken. Die Untersuchung ergab eine dorso-anteriore Querlage mit Vorfall des r. Armes. Die Geburt dauerte bereits 48 Stunden, vor 4 Stunden war das Fruchtwasser abgeflossen. Die Wehen waren kräftig. Die Therapie bestand in der sogleich vorgenommenen Wendung und Extraction, welche ein lebendes Kind zur Welt beförderten. Befinden der Mutter gut; Wochenbett normal.

Fall VII. W.S. 92/93.

Frau Herzog, 40 Jahre alt, VIII para, deren frühere Geburten normal verlaufen waren. Die Wehen waren kräftig und hatten die Schulter schnell tiefer getrieben. Trotz deutlich wahrnehmbarer Herztöne vermochte eine sofortige Extraction nach vorgenommener Wendung kein lebendes Kind zu Tage zu fördern. Das Wochenbett war normal.

Fall VIII. S. S. 92.

Frau Lewinik, 26 Jahre alt, IIIpara, 1 normale Geburt, 1 Abort. Die jetzige Schwangerschaft verlief ohne jede Störung; als Grund für die Querlage fand sich ein plattes Becken. Die anfangs schwachen Wehen wurden später sehr frequent und kräftig; trotzdem beim Eintreffen des Arztes die Temperatur der Mutter bereits auf 38,8 gestiegen war und der Puls eine Höhe von 118 erreicht hatte, obgleich ferner die kindlichen Herztöne nicht mehr deutlich zu hören und nur noch sehr schwach waren, gelang es — freilich nach einer sehr schweren Wendung —, das Kind zu retten. Das Befinden der Mutter war dann bald ein gutes; das Wochenbett verlief normal.

Die übrigen 4 Fälle bieten in ihrem Verlaufe nichts Bemerkenswertes und wir fügen über die 12 Fälle noch die folgenden Bemerkungen hinzu. Zunächst können wir die Thatsache constatieren, dass meistens eine falsche Diagnose, fast immer Steisslage — man sehe namentlich Fall III und Fall V — von der Hebamme gestellt war und um Hilfe erst dann geschickt wurde, als die Verschleppung bereits eingetreten war. Bei den 12 Fällen ist

2 mal ein lebendes Kind zur Welt gefördert worden und zwar steht bei beiden notiert „schwere Wendung“; 4 mal musste die Decapitation gemacht werden im Interesse der Mutter: das Kind war bereits abgestorben, die Mutter erschöft infolge der langen Dauer der Geburt, das untere Uterinsegment gedehnt und so die Decapitation ohne weiteres zu billigen; bei den 6 übrigbleibenden Kindern waren keine Herztöne mehr zu hören und die vorgenommene Wendung brachte jedes Mal ein totes Kind.

Also: von 12 Kindern kamen 2 lebend zur Welt. Wenn wir nun die Thatsache berücksichtigen, dass stets ein Geburtshelfer zur Stelle war, der sich durch hunderte von Fällen schon eine gewisse Routine im Operieren erworben hatte, so glauben wir, einem practischen Arzte stets die Erlaubnis einräumen zu dürfen, wenn er zu einer verschleppten Querlage gerufen wird und schlechte Herztöne findet, das Leben des Kindes der Erhaltung der Mutter zu opfern. Ein geübter Geburtshelfer von Fach wird ja stets die Gefahr erkennen, welche ihm bei der Wendung droht. Und wir glauben, dass schon manche Mutter dem Versuche, durch eine schwere Wendung das Kind zu

retten, erlegen ist; wir wollen in dieser Beziehung nur einen Fall mitteilen, welchen wir in den Charité-Annalen von 1882 erwähnt finden. „Es handelt sich um eine 22jährige I para, welche 10 Stunden nach dem Blasensprung mit weit vorgetriebener Schulter zur Anstalt kam. Da das Kind ausgetragen war, so konnte Selbstentwickelung nicht abgewartet werden. Die Schulter liess sich in tiefer Narkose nicht zu schwer zurückdrängen; ein Fuss wurde leicht gefasst und die Umdrehung ohne besondere Schwierigkeit bewerkstelligt. Das abgestorbene Kind wurde extrahiert; sofort nach der Geburt des Kopfes starke Blutung. Die Placenta folgte dem Credéschen Handgriffe, aber die Blutung dauerte fort.“ Es wurden dann verschiedene Mittel zur Blutstillung angewandt, aber vergeblich; die Obduction erwies als Quelle der Blutung eine unvollständige Uterusruptur.

Wir haben also einen Fall mit leichter Wendung, dazu einen Geburtshelfer von Fach und trotzdem Uterusruptur: ein Beweis, dass man mit der Wendung bei verschleppter Querlage vorsichtig sein soll.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem sehr verehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Gusserow, für die freundliche Überlassung der Arbeit meinen besten Dank zu sagen; ebenfalls Herrn Dr. Paul Strassmann für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit und die Liebenswürdigkeit, mit welcher er jede an ihn gerichtete Frage bereitwilligst beantwortete, herzlichst zu danken.

No.	Journal	Name	Alter ? para	Frühere Geburten	Becken	Diese Schwangerschaft	I. Geburtsperiode wie lange	Blasensprung	II. Geburtsperiode wie lange	We
1	W.S. 92/93 No. 631	Arbeiterfrau Klein	30 Jahre VIII para	Spontan, 1 Abort im 6. Monat		Ohne Störungen	Fruchtwasser war vor 4 Tagen abgeflossen			Ni ve han
2	W.S. 92/93 No. 730	Frau Schmidt	29 Jahre III para	Normal		Ohne Störungen	25./I. Wehenbeginn	28./I.		Sc krä
3	W.S. 92/93 No. 789	Frau Kuhrts	33 Jahre II para	Spontan	C.d. $12^1/_2$		13./II. 9 h. a. m Wehenbeginn	14./II. 8 h. p. m. (?)	15./II. $2^1/_2$ h. a. m.	Krä
4	W.S. 93/94 No. 617	Frau Anna Auerbach	24 Jahre IV para	Normal	Sp. I. 29 Cr. I. 31	Normal	26./XI. abends, Wehenbeginn	27./XI. 8 h. a. m.	28./XI. 3 h. a. m.	Anfa schw spä fehl
5	W.S. 93/94 No. 846	Frau Hänsel	32 Jahre VII para	Normal, 1 Abort		Normal	5./II. Mittag	5./II. 8 h. p. m.	6/II.12h. mittags	schw
6	W.S. 93/94 No. 965	Frau Plathe	38 Jahre VII para	1. Versuchte Zange, Kind lebt. 2., 3., 4. Steisslagen, Kinder tot. 5., 6. Querlagen, Decapitation	Sp. 26 Cr. 28,5 C.ex.18,5 C. d. 11,5 Tr. 30	Normal	25./III. Wehenbeginn	25./III. künstl. d. Hebamme	27./III. 10 h.a.m.	Reg mäss kräf
7	W.S. 92/93 ?	Frau Herzog	40 Jahre VIII para	Normal			9./IV. 6 h. p.m	9./IV. $10^1/_2$ h. p. m.		Krä
8	S.S. 92 No. 272	Frau Mattig	26 Jahre I para			Häuf. Erbrechen; Oedem an Extr und Gesicht	20./VII. 4 h. p. m.		21./VII. 9 h. a. m.	Krä
9	S.S. 92 X.	Frau Lewinik	26 Jahre III para	1 Abort 1 Normal	Sp. 26 Cr. 28,5 C. d. 11 plattes Becken	Normal				Anfa schw spät seh frequ u. st fast T ute
10	S.S. 93 51	Frau Warland	36 Jahre VII para	2 Zangen 4 spontan		Normal	18./IV. nachm. 4 h.	18./IV. 6 h. p. m	19./IV.	
11	Charité-Annalen 1885	Frau Tress	26 Jahre I para				Wasserabgang angeblich vor 14 Tagen; seit 2 Tagen Wehen			Uter teta cor trah
12	Charité-Annalen 1886	Frau Selbricht	33 Jahre II para		Normal		Wasserabgang angeblich vor 5 Tagen			

Befinden		Therapie	Befinden		Nachgeburts-periode	Blutungen	Wochenbett
r Mutter vor dem	des Kindes Eingriff		der Mutter nach dem	des Kindes Eingriff			
ut, Temp. 7,5, Puls nicht beschleunigt	Herztöne selten und leise	Wendung auf beide Füsse mit sogleich folgender Extraction	Gut	Tot	Vollständige Placenta, spontan geboren	Keine	Normal
Heftige chmerzen m Leibe		Decapitation mit Braunschem Haken	Gut	Macerierter Knabe	Spontan-Geburt der vollständigen Placenta, 1 St. p. part. des Kindes	Keine	Normal
emp. 37,2, Puls 90	Herztöne 120, deutlich	Wendung und Extraction	Gut, Dammriss 2. Grades	Lebend, R. Clavicularfractur	Spontane Ausstossung 10 Min. nach Geburt des Kindes	Keine	Normal
Puls 104, Temp. 38	Abgestorben	Decapitation mit Braunschem Haken	Gut	Tot	Spontan 10 Min. p. partum	Keine	Normal
Gut	Abgestorben	Decapitation	Gut	Tot	Spontan 10 Min. p. partum	Keine	Normal
Gut, Puls 20, kräftig		Wendung und Extraction	Anfangs Frau sehr schwach, bald erholt sie sich. Dammriss 2. Grades	Tot	Spontan 10 Min. p. partum	Geringe Blutung	Normal
	Herztöne hörbar	Wendung und Extraction		Tot	Entfernung durch Credé $^1/_2$ St. p. p.	Keine	Normal
Puls 86, Temp. 37,5	Herztöne nicht hörbar	Embryotomie	Gut	Tot	Entfernung durch Credé $^1/_2$ St. p. p.	Keine	Normal
Puls 118, Temp. 38,8	Herztöne sehr schwach	Schwere Wendung und Extraction	Gut	Lebend	Entfernung durch Credé $^1/_2$ St. p. p.	Keine	Normal
Puls 100, Temp. 37,7	Herztöne nicht zu hören	Wendung und Extraction	Gut	Tot	Entfernung durch Credé	Keine	Normal
	Herztöne nicht zu hören	Schwierige Wendung	Gut	Tot		Keine	Normal
		Wendung und Extraction	Gut	Tot		Keine	Normal

Litteratur.

1. Schroeder, Lehrbuch der Geburtshilfe.
2. Winter, Über die Berechtigung der zeitlichen Trennung der Extraction von der Wendung.
3. Dohrn, Über die zeitliche Trennung von Extraction und Wendung.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XII u. XIV.

4. Zweifel, Über die Decapitation und die Grundsätze bei dorsoposterioren Querlagen.
5. Herzfeld, Über die Anwendung des Carl Braunschen Schlüsselhakens.

Centralblatt für Gynäkologie, No. 20 u. 28.

Thesen.

I.

Eine Indication zur Castration ist bei der Hysterie nicht vorhanden.

II.

Bei beginnender Tabes ist ein Heilungsversuch mit einer antiluetischen Cur zu machen.

III.

Bei Querlagen ist bei nicht vollständig erweitertem Muttermunde (nach vorgenommener Wendung) nur dann zu extrahieren, wenn eine stricte Indication dazu vorliegt.

Lebenslauf.

Der Verfasser Richard Cohen, jüdischer Confession, wurde am 22. Juni 1872 als Sohn des Kaufmanns Meyer Cohen zu Osterholz, Provinz Hannover, geboren. Daselbst besuchte er bis zum 13. Lebensjahre eine Mittelschule, von Ostern 1885 bis Michaelis 88 erhielt er Unterricht auf dem Real-Gymnasium zu Vegesack und von Michaelis 88 bis dahin 91 auf dem Gymnasium zu Bremen. Dasselbe verliess er mit dem Zeugnis der Reife, um sich in Kiel, München und Berlin seinen Studien zu widmen. Michaelis 93 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 23. Juli 95 das Examen rigorosum.

Er besuchte die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Kiel: Curtius, v. Esmarch, Flemming, Heller, Hensen, Hochhaus, Hoppe-Seyler, Karsten, Quincke, Reinke, Graf v. Spee, Werth.

In München: v. Kupffer, Rüdinger, v. Voit.

In Berlin: v. Bergmann, Gusserow, Hertwig, Jolly, Klemperer, Krause, L. Lewin, Litten, Nagel, Rubner, Silex, Strassmann.